45e Année. — N° 13. Vendredi 1er Avril 1898.

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : De l'intervention dans les fibromes après la ménopause, par M. Picqué, 193. — **Clinique médicale** : Hypertrophie chronique de l'amygdale linguale et troubles réflexes, par le Dr G. Didsbury, 194. — **Académie des sciences** : *Séance du* 21 *mars*. Présidence de M. Wolf. — De la visibilité des rayons X par certains jeunes aveugles, 196. — Applications de la radiographie à l'étude des malformations digitales, 197. — Application de la radiographie à l'étude d'un cas de myxœdème (développement du système osseux sous l'influence du traitement thyroïdien), 197. — Paralysie expérimentale sous l'influence des venins; altération de la moelle (poliomyélite) et des nerfs (névrite), 197. — **Académie de médecine** : *Séance du* 29 *mars* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Suture d'un muscle par des fils métalliques, 198. — Pathogénie de la cirrhose, 198. — La vaccination obligatoire aux colonies, 199. — Cocaïne et eucaïne, 199. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du* 26 *mars* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Mécanisme de l'action antixotique de la pulpe nerveuse et de diverses autres substances sur la strychnine, 199. — Paralysie spinale infantile avec participation du nerf facial, 199. — Tamponnement gélatiné dans la métrorrhagie, 200. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du* 26 *mars* 1898. Présid. de M. Aug. Voisin. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du* 10 *mars* 1898. — Cicatrisation d'un épithélioma ulcéré de la face par un procédé nouveau d'application d'acide arsénieux, 201. — Quelques essais d'hémo-thérapie et de séro-thérapie dans la syphilis, 202. — Syphilis héréditaire. Incontinence d'urine, 202. — Nouvelle note sur un cas d'acrodermatite continue suppurative avec infection purulente tégumentaire, 202. — Sur une lymphadénie médiane du visage, 202. — **Société médicale du Louvre**, (Ier et IIe arrondissements) : *Séance du* 15 *février*. Présidence de M. Moutier. — Quelques cas de radiographie, 203. — **Société médico-chirurgicale de Paris** : *Séance du* 14 *mars* 1898. Présidence de M. Tripet. — Craniotomie dans un cas d'hydrocéphalie pratiquée d'urgence sans instruments spéciaux, 203. — Deux cas de fièvre typhoïde anormale, 204. — Des injections de sérum artificiel. Choix du liquide à injecter, 204. — **Société de chirurgie** : *Séance du* 30 *mars* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Psychoses opératoires, 205. — Corps fibreux pédiculé sphacélé de la lèvre du col. Prolapsus. Hystérectomie partielle. Guérison, 205. — Hystérectomie abdominale totale, 205. — Nouvelle technique du drainage de la cavité péritonéale, 205. — **Variétés** : Une brochure satirique contre le chirurgien Morand, 205. — Le concours d'agrégation en médecine, 206. — La patente des médecins, 207. — **Nouvelles**, 207.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'intervention dans les fibromes après la ménopause (1).

Par M. Picqué,
Chirurgien des hôpitaux.

C'est une erreur de croire que l'histoire pathologique des fibromes se termine à la ménopause ; parfois elle se prolonge longtemps après ; dans certaines circonstances, elle ne commence qu'à partir de cette époque.

Je désire attirer l'attention de la Société sur les trois faits suivants qui, à ce point de vue, présentent un réel intérêt.

1er cas (Résumé). Femme de médecin, 47 ans, n'a jamais présenté aucun signe de fibrome. Accident brusque d'occlusion intestinale. L'examen démontre l'existence d'un énorme fibrôme ignoré de la malade et de son mari ; de plus, on constate une périmétro-salpingite scléreuse qui forme une masse considérable dans le cul-de-sac de Douglas. Un de mes collègues voit la malade et confirme mon diagnostic.

La laparotomie amène sur le fibrome, il avait été tout d'abord décidé qu'on se bornerait à l'extirpation des annexes, mais la masse du fibrome gêne les manœuvres. L'hystérectomie abdominale est pratiquée. Guérison complète.

2e cas (Résumé). Un de mes collègues m'amène à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Périer que j'avais l'honneur de remplacer, une malade âgée de 50 ans environ pour des accidents de hernie étranglée (vomissement, ballonnement du ventre, fièvre élevée).

Je ne tardai pas à constater qu'il y avait erreur de diagnostic, que la tumeur de la grande lèvre était constituée par un kyste de la glande de Bartholin, mais que d'autre part il existait un énorme fibrome utérin inconnu du médecin qui la soignait depuis dix ans, et que derrière ce fibrome se trouvait une poche fluctuante qui, en raison de la fièvre, devrait être constituée par un pyo-salpinx.

L'opération confirma ce diagnostic. Je dus pratiquer, comme dans le cas précédent, une hystérectomie, non à cause des accidents, mais pour faciliter les manœuvres opératoires. La malade guérit très bien.

3e cas. Il s'agit encore de la femme d'un confrère, âgée de 45 ans, atteinte d'un fibrome reconnu depuis longtemps, mais ne donnant lieu qu'à des métrorrhagies très légères. Mais, d'autre part, il existe des douleurs très vives qui ont poussé la malade à faire un usage immodéré de morphine.

C'est pour cette raison que son mari réclame une opération que la malade refuse d'ailleurs énergiquement, à cause du peu de sang qu'elle perd.

Un premier examen me confirme dans le diagnostic de fibrome ; ne trouvant rien dans les annexes, j'engage le mari à attendre et le traitement électrique est commencé. Les douleurs deviennent par la suite tellement intenses, que l'hystérectomie vaginale est pratiquée après l'ablation.

Je reconnais alors deux trompes masquées par la tumeur et qui contenaient du pus. Elles m'avaient échappé lors de mon premier examen, mais j'avoue

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 26 mars 1898.

que l'intensité des douleurs aurait dû m y faire songer. La guérison a été obtenue.

Voilà donc trois cas, et je ne prends dans mon dossier que les plus saillants, qui montrent que la thérapeutique des fibromes peut être justifiée un temps plus ou moins long après la ménopause.

Certes, ces faits ne sauraient justifier l'intervention systématique dans tous les cas et dans le but d'éviter aux malades des accidents hypothétiques.

Ils démontrent en tout cas qu'il faut surveiller les fibromes durant toute la vie et que si le fibrome à un moment donné ne détermine plus d'accidents par lui-même, il peut s'accompagner de complications redoutables du côté des annexes.

Ces faits démontrent aussi que c'est à l'intervention sanglante qu'il faut recourir, car elle seule peut être efficace contre les suppurations fibreuses, les adhérences anciennes, comme dans mon 1er cas, et les accidents d'occlusions qui en ont été la conséquence.

D'ailleurs, les perfectionnements récents de la technique opératoire tendent à améliorer le pronostic de l'intervention.

CLINIQUE MÉDICALE

Hypertrophie chronique de l'amygdale linguale et troubles réflexes (1).

Par le Dr G. Didsbury.

Les affections aiguës et chroniques de la quatrième amygdale ou amygdale linguale sont connues des laryngologistes et de ceux qui, ayant l'habitude de manœuvrer le miroir larygien, envoient un rayon lumineux sur la portion verticale de la langue, là où elle est en rapport avec l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, et l'ouverture supérieure du larynx.

Voir la région, en constater les modifications pathologiques et y porter des cautérisations appropriées sont diverses manœuvres faciles à exécuter pour le médecin spécialiste. Mais certaines affections chroniques de la quatrième amygdale ne sont pas faciles à déceler par le clinicien. Les livres classiques disent bien que ces hypertrophies de la base de la langue se reconnaissent à la sensation de corps étranger collé au fond de la gorge, de miette de pain, de fil en travers de la gorge, envie perpétuelle d'avaler, etc., toutes sensations qui appellent l'attention du médecin du côté du pharynx. Mais il est un certain nombre de symptômes qui n'attirent pas l'attention sur cette région ; nous voulons parler de certaines toux opiniâtres, dans le genre de celles que les malades appellent : toux d'irritation, toux d'habitude, etc. ; il existe aussi des genres de toux qui surviennent par quintes et dont on ne trouve pas l'explication par l'examen du thorax.

(1) Communication à la Société médicale du Louvre.

On ne peut incriminer ni les bronches, ni la région du hile, ni les végétations adénoïdes, ni l'hypertrophie des amygdales et cependant cette toux quinteuse, qui survient chez les adultes en dehors de toute affection déterminée, ne cède à aucun traitement. Les révulsifs, les opiacés, les traitements généraux n'ont pu venir à bout de cet inconvénient. L'état général du malade n'est pas sensiblement altéré et beaucoup souffrent indéfiniment de cette gêne.

Il en est de même pour certains chanteurs qui se plaignent de voir le timbre de leur voix changer, d'émettre avec peine les sons aigus, de voir leurs sons interrompus par une sécrétion muqueuse qui tombe dans leur larynx.

Les ténors et les sopranos sont, parmi les chanteurs, ceux qui se plaignent les premiers. Si l'on examine le larynx on ne trouve rien, ou presque rien, c'est à peine si l'on constate un peu de rougeur ou de gonflement des cordes vocales.

Une intéressante observation de Chauveau (1) relate le cas d'une dame qui était prise de syncope et de perte absolue de connaissance sans cause apparente. Ce cas, absolument rare, était comme ceux auxquels nous venons de faire allusion, sous la dépendance de l'hypertrophie de l'amygdale linguale et les symptômes, presque exclusivement réflexes, avaient pour origine l'irritation du pneumo-gastrique dans ses branches terminales se rendant à la base de la langue et à l'épiglotte, du moins c'est l'interprétation que nous donnons de ces faits et nous croyons les légitimer par ce qui va suivre.

Si l'on jette les yeux sur une planche de l'*Anatomie* d'Henlé, reproduite du reste dans l'ouvrage classique de Cruveilher et Marc Sée (*Traité d'Anatomie descriptive*, Tome II) on voit sur une coupe antéro-postérieure de la tête, faite sur cadavre congelé, que l'épiglotte est à une petite distance de la base de la langue et lui est parallèle, la direction de ces deux organes étant oblique de haut en bas et d'arrière en avant. La base de la langue à cet endroit est munie d'une épaisse couche glanduleuse qui s'étend depuis le foramen cœcum jusqu'au repli médian aryténo-épiglottique sur une coupe verticale et sur une coupe horizontale d'un bord à l'autre de la langue : c'est cette couche qu'on nomme depuis quelque temps amygdale linguale ou quatrième amygdale, on la rattache à l'anneau de Waldeyer dont elle constitue la partie antérieure ; elle contient dans son épaisseur des follicules clos et des glandes en grappes ; le premier de ces éléments est susceptible de s'hypertrophier. Quand cette hypertrophie existe, elle produit les sensations de gêne diverse dont nous avons parlé (sensation de corps étranger, fil collé en travers de la gorge, envie permanente d'avaler, etc.). Cet ensemble de gêne a été appelé par Lennox-Browne « ténesme pharyngé » Cette expression traduit bien ce qu'éprouvent les malades.

(1) Chauveau, *Journal des praticiens* 1894.

Mais ces symptômes purement locaux ne sont pas les seuls ; par suite de l'hypertrophie de la base de la langue, celle-ci vient au contact de l'épiglotte ; l'épiglotte ne peut donc plus s'élever, car elle frotte contre la langue, où elle butte contre une saillie; le larynx éprouve donc à s'élever une certaine gêne, les sons aigus ne peuvent plus être émis. Quelques auteurs étrangers et notamment Hamilton (1) ont fait jouer un grand rôle dans l'étiologie de l'hypertrophie de l'amygdale linguale à ces frottements réciproques de l'épiglotte et de la base de la langue. Ce dernier insistait justement sur les anomalies fréquentes de l'épiglotte, en notant que souvent celle-ci présentait un angle saillant, une plicature plus ou moins aiguë qui pénétrait dans la langue en l'irritant chroniquement jusqu'à ce que la langue, réagissant à son tour, hypertrophiait sa muqueuse et enserrait plus étroitement encore l'épiglotte en constituant ainsi, suivant l'expression de l'auteur, un « cercle vicieux ».

Sans partager absolument cette manière de voir, il est juste d'attribuer à ces contacts anormaux de la langue et de l'épiglotte une grande part dans l'étiologie des accidents que nous avons énumérés : toux convulsive, troubles de la voix, syncope ; quelques auteurs, Gleitzman (2) entre autres, ont même noté des accès d'asthme.

Faisons remarquer en outre que dans l'attitude normale, c'est-à-dire la bouche étant fermée, l'épiglotte se trouve parallèle et à une petite distance de la langue et que, dans ces conditions, lorsqu'il y a hypertrophie de la quatrième amygdale, c'est dans cette attitude que les deux organes se trouvent le plus intimement en contact. Au contraire, lorsque la langue est tirée en avant comme dans l'examen au laryngoscope, le larynx et l'épiglotte sont un peu soulevés verticalement et la base de la langue étant aplatie par le fait de la traction en avant s'écarte donc de l'épiglotte.

Lorsqu'on examine cette région par les procédés habituels, on voit donc l'épiglotte et la langue écartés au maximum l'un de l'autre et, par conséquent, si, dans cette attitude artificielle, on les voit encore en contact, il est légitime de penser que, lorsque la bouche est fermée et que l'épiglotte et la langue ont repris leurs rapports normaux, le frottement de ces organes doit être encore beaucoup plus considérable.

Or, dans ce frottement constant, ces deux organes augmentent de volume, deviennent tuméfiés, turgescents, d'où l'explication des phénomènes suivants : exagération de la sécrétion des glandes en grappe, sécrétion qui a tendance à tomber dans le larynx, troubles mécaniques dans l'élévation du larynx pour la production des sons aigus, et surtout par suite de l'irritation des terminaisons du pneumo-gastrique. Celui-ci, par l'intermédiaire du laryngé supérieur, envoie un filet à la base de la langue, lequel se divise en deux rameaux qu'on peut suivre jusqu'au *foramen cœcum* et d'autres branches qui, après avoir passé dans l'épaisseur du repli aryténo-épiglottique latéral, abordent non seulement les faces antérieure et postérieure de l'épiglotte, mais encore son bord et sa pointe qui sont ainsi longés par un très important filet. Cette irritation, disons-nous, peut être interprétée comme la cause de ces accès de toux spasmodique et quinteuse dont nous avons parlé.

Ce qui légitime à notre avis cette manière de voir, ce sont les expériences de Laborde instituées pour le rappel à la vie des animaux soumis à la submersion. De ces expériences il résulte que l'excitation du pneumo-gastrique par les tractions rhytmées de la langue est la voie sensitive d'un réflexe qui, parvenu au bulbe rachidien, détermine une convulsion diaphragmatique, un hoquet, par l'intermédiaire du nerf phrénique qui devient ainsi la voie motrice de ce réflexe.

Dans les conditions énumérées plus haut, nous voyons réunis tous les éléments nécessaire à l'excitation du pneumo-gastrique (présence de filets du pneumo-gastrique dans l'épaisseur de la langue et dans sa partie malade et frottement de cette même partie sur l'épiglotte également innervée par le pneumo-gastrique et dans sa partie vulnérable, ses bords et sa pointe), puis cette excitation se réfléchissant par le nerf phrénique sur le diaphragme en produisant des secousses de toux.

La portion verticale ou base de la langue nous paraît donc mériter une mention particulière et en considérant à quel point la pathologie de cette région retentit sur le larynx, soit directement par l'exagération de la sécrétion de ses glandes, soit indirectement par les réflexes dont nous venons de parler, nous proposons de l'appeler « portion laryngée ». Jusqu'à présent nous sommes restés sur le terrain clinique et les raisons que nous y avons trouvées nous paraissent avoir une certaine valeur.

Les considérations que l'on peut tirer de l'embryologie y ajoutent encore. En effet, la portion située en arrière du V lingual se développe aux dépens du même arc branchial que l'épiglotte et l'ouverture du larynx, tandis que la partie en avant du V. se développe aux dépens du tubercule lingual. Ces notions sont classiques ; depuis His nous ne faisons que les résumer brièvement. Quoiqu'il en soit, que ces interprétations soient approuvées ou non, il n'en est pas moins vrai que l'hypertrophie de l'amygdale linguale est la source de réflexes et que si l'on réduit par divers procédés, surtout par le galvano-cautère, les parties hypertrophiées, on fait disparaître tous les signes morbides.

Nous avons lu à ce sujet un grand nombre d'observations d'auteurs français et étrangers (1), qui toutes sont

(1) Hamilton. *Journal of Laryngology, Rhinology, and Otology.* New-York 1895.

(2) Gleitzmann, *Medical Record*, 1887.

(1) Ruault. — *Revue de Laryngologie*, 1888-1889.

Shœde. — *Hypertrophie de l'Amygdale linguale et son traitement.* (*Berliner Klin. Woch.*, 1891.

affirmatives sur l'importance d'un traitement pour amener la réduction de l'hypertrophie de l'amygdale linguale.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 mars. — Présidence de M. Wolf.

De la visibilité des rayons X par certains jeunes aveugles. — M. Foveau de Courmelles. A l'Institution des jeunes aveugles, 240 élèves ont été examinés par moi, avec le concours de M. Ducretet (les diagnostics avaient été faits par le Dr Landolt).

On a évité les illusions d'optique, si fréquentes chez les aveugles dont l'attention est attirée sur un point, en employant une bobine de 25 centimètres d'étincelle, avec interrupteur Ducretet à moteur séparé ; de sorte que, ce moteur marchant toujours et produisant un bruit uniforme, on pouvait interrompre à volonté la production des rayons X. On n'a retenu que les aveugles suivant bien les variations d'apparition ou de cessation des rayons X.

On a isolé ceux-ci en enveloppant d'un épais voile noir le tube de Crookes ; ce qui a constitué une première série d'expériences d'autant plus intéressantes que l'œil physiologique normal ne perçoit pas les rayons X et que, seule, la plaque photographique se voile par l'action de ces rayons obscurs. On a opéré également avec le tube de Crookes voilé, avec, en face de lui, l'écran au platinocyanure de baryum, pour étudier la visibilité des rayons fluorescents. Dans la troisième série de recherches, le tube de Crookes à découvert était très lumineux, grâce à sa lumière cathodique caractéristique.

Voici les résultats : sur ces 240 élèves, 36 sont presque des voyants normaux, moniteurs ou employés, et ont été éliminés. Restent 204 qui, placés dans l'obscurité en présence du tube de Crookes enveloppé d'un voile noir, ont fourni neuf sujets, cinq filles et quatre garçons, percevant les rayons X.

Une jeune fille de 18 ans, atteinte aux deux yeux d'un grand colobome de l'iris et à l'œil gauche d'une cataracte congénitale et d'atrophie du nerf optique, voyant un peu à l'état normal, a perçu les rayons X, les rayons cathodiques et les rayons fluorescents.

Une autre, de 14 ans et demi, un peu voyante, atteinte aux deux yeux d'atrophie du globe, voit les rayons X, cathodiques et fluorescents.

Une troisième, de 16 ans et demi, ayant à peine la sensation de la lumière, à leucome adhérent des deux yeux, voit les rayons X et cathodiques, et pas les fluorescents.

Une quatrième, de 18 ans, absolument aveugle, atteinte à l'œil gauche d'atrophie partielle du globe, d'iridectomie, de cataracte probablement traumatique, d'iritis et à l'œil droit de buphtalmos, de leucome adhérent au côté interne et inférieur, d'amaurose, voit les rayons X, mieux les rayons cathodiques, et pas du tout les rayons fluorescents.

Une cinquième de 23 ans, de vue bonne, monitrice, voit les rayons X et cathodiques « rouges comme le soleil », dit-elle.

Les garçons ont été moins intéressants, quoique plus nombreux. *Trois* seulement ont perçu les rayons X ou accusé de la lumière : le premier, 13 ans, présente de l'arrêt de développement et voit très peu normalement (sur huit enfants de cette famille à père et mère consanguins, les quatre de rang pair sont aveugles ; sa sœur, également à l'Institution et qui présente de l'atrophie des globes, surtout à droite, ne voit que les rayons cathodiques et fluorescents, seulement de l'œil gauche), il perçoit les rayons X, cathodiques et fluorescents de la façon la plus nette.

Un deuxième, du même âge, ophtalmie purulente, voit également à peine la lumière ; il perçoit les rayons X, cathodiques et fluorescents.

Un troisième, 15 ans et demi, à la suite de la même affection, est également presque totalement aveugle, il perçoit les rayons X et très peu les autres rayons.

Un quatrième, atteint de cataracte congénitale, âgé de 20 ans, presque voyant, perçoit les trois groupes de rayons qui nous occupent.

Deux aveugles presque complets : un garçon de 15 ans atteint d'ophtalmie, une jeune fille de 21 ans ayant à gauche de l'atrophie du globe et de la cyclite, à droite de l'iridocyclite avec cataracte calcaire, ont accusé de la douleur dans les yeux lors de la mise en marche du tube de Crookes ; cette douleur a continué pendant toute la durée de l'expérience pour la jeune fille, et a cessé tout de suite pour le garçon.

81 aveugles (64 garçons et 17 filles) avec atrophie du globe ou du nerf optique, arrêt de développement, ne perçoivent absolument rien, ni la lumière normale, ni celle des tubes de Crookes.

Pour les autres, voyant plus ou moins bien la lumière, les rayons cathodiques et les rayons fluorescents ont été perçus, mais les premiers mieux que les seconds.

Contrairement à ce qui a été affirmé par des observateurs ayant opéré sur des cas restreints (deux ou trois aveugles) et en des conditions mal définies, les aveugles complets et par lésion centrale n'ont rien perçu. Seuls, des aveugles par lésion périphérique, et ayant une très vague perception de la lumière, ont figuré dans les neuf sujets percevant les rayons X, alors que d'autres, plus voyants, n'en ont pas eu la notion.

Il est d'ailleurs impossible de tirer des conclusions définitives de ce travail, malgré le grand nombre d'aveugles observés ; il paraît, cependant, résulter que la rétine peut acquérir, dans certains cas de cécité, une hyperacuité com-

V. H. Wyat Wingrave, — *Journal of Laryngology*, New-York, 1892.

Scheppegrell. — *Hypertrophie de l'Amygdale linguale* (*Medical News*, 1892).

Robertson. — *Journal of Laryngology*, New-York, 1893.

Boulangier. — *Affections de l'Amygdale linguale.* (*Presse médicale belge*, 1893.)

Hamilton (Adélaïde). — *Journal of Laryngology*, 1893.

Chauveau. — *Journal des praticiens*, 1894.

Ray. (D). — *Hypertrophie des follicules lymphatiques chez les chanteurs.* (*Medical News*, 1895).

Steinfeld (Münschen). — *Hyperplasie de l'Amygdale linguale* (*Aertze Rundshau*), 1895.

Clark. — *Hypertrophie de l'Amygdale linguale* avec *sept observations.* (*The philadelphia Policlinique*, 1896.)

Lennox Browne. — L'*Amygdale linguale* (*The Medical Magazine.* 1896).

Aymé. — Thèse de Paris, 1895.

parable à la sensibilité de la plaque photographique qu'impressionnent les rayons X.

Applications de la radiographie à l'étude des malformations digitales. — MM. Albert Londe et Henry Meige. Nous avons l'honneur de présenter à l'Académie un certain nombre de radiographies de malformations congénitales des doigts. La nouvelle méthode permet de noter toutes les particularités de nombre, de siège, de forme et de structure des segments osseux normaux et anormaux.

Elle donne des renseignements précis au chirurgien qui pourra décider, en connaissance de cause, de l'opportunité de son intervention.

En collectionnant les documents de ce genre, on arrivera peut-être un jour à apporter un peu de lumière sur les lois qui président à l'apparition de ces anomalies.

Les sujets ont été radiographiés dans le laboratoire photographique de la Salpêtrière (service de M. le prof. Raymond).

Application de la radiographie à l'étude d'un cas de myxœdème (développement du système osseux sous l'influence du traitement thyroïdien (1). — MM. Georges Gasne et Albert Londe. Les radiographies que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie montrent l'état du squelette dans un cas de myxœdème infantile et les modifications que le traitement thyroïdien a manifestement provoquées dans le développement du système osseux.

Entré à la Salpêtrière dans le service de M. le prof. Raymond, le 2 juin 1897, ce malade présentait au grand complet tous les signes classiques du myxœdème. Il faut dire que les premières manifestations de cette maladie n'ont apparu qu'à l'âge de 4 ans, que la constitution et la taille étaient normales à la naissance et que le développement a été suffisant pendant les trois premières années. Actuellement O... a 19 ans et n'a que 1m,03 de hauteur; ses os paraissent du reste assez bien proportionnés, malgré ses jambes cagneuses et ses pieds bots.

Nous avons radiographié le thorax et les épaules, les coudes et les avant-bras, les poignets, les mains, les genoux, les jambes et les pieds. La persistance des cartilages de conjugaison et surtout l'absence de toute trace d'ossification dans la plupart des épiphyses, permettent de rapprocher le squelette de notre malade de celui d'un enfant de 2 ans et demi. En prenant la main comme exemple, on voit que, des os du carpe, seuls le pyramidal, le grand os et l'os crochu sont visibles, qu'on devine à peine les points complémentaires de l'extrémité inférieure des métacarpiens, qu'on ne voit aucune trace de ceux des phalanges, des phalangines ou des phalangettes, sauf aux phalangettes du médius et de l'annulaire où ils commencent à apparaître.

Le traitement a consisté dans l'administration de corps thyroïde de mouton en nature : du 17 juin au 27 octobre le malade a absorbé 61 lobes. Sans parler des modifications profondes des autres symptômes, nous constatons, du côté du squelette, d'abord l'augmentation de la taille (4cm), puis des progrès considérables de l'ossification. Un petit disque osseux parfaitement net représente le point complémentaire des deux phalanges du pouce et de son métacarpien qui se comporte comme une phalange, ceux des trois phalanges de chacun des autres doigts; les quatre derniers métacarpiens sont surmontés d'un noyau globuleux de nouvelle formation; le carpe s'est développé et le trapèze ainsi que le trapézoïde se distinguent nettement. Partout, au poignet, au coude, à l'épaule, au genou où la rotule est enfin visible, au cou-de-pied, au pied, on assiste à l'apparition de noyaux nouveaux, ou au développement et parfois à la soudure des épiphyses qui avaient commencé déjà à s'ossifier avant le traitement. Cette soudure est loin d'être réalisée partout et il est certain que nous pourrons encore constater des modifications du squelette et de la taille chez ce malade.

(1) Travail de la clinique des maladies du système nerveux, service de M. le prof. Raymond.

Paralysie expérimentale sous l'influence des venins. — Altérations de la moelle (poliomyélite) et des nerfs (névrite). — MM. Charrin et Claude. On sait que des accidents nerveux variés, troubles moteurs, sensitifs, réflexes, etc., se développent parfois à la suite des piqûres ou morsures de certaines espèces de vipères ou de serpents. — Grâce à une série de recherches, poursuivies avec la collaboration de M. Phisalix, nous avons pu, en premier lieu, observer ces accidents chez l'animal et, en second lieu, découvrir à quelles lésions correspondent ces désordres.

Le 4 novembre 1897, on injecte à un lapin de l'extrait de sangsue, le produit de cinq têtes; puis, quelques jours après, on introduit sous sa peau 1 mgr. de venin.

Ce lapin vacciné contre l'action coagulante de ce venin sous l'influence de l'extrait de sangsue (1), résiste à ce poison. Néanmoins, cette immunisation n'étant pas absolue, on voit survenir un amaigrissement marqué, qui cependant cesse assez promptement. L'animal paraissait aller assez bien, lorsque, vers la fin de décembre, se sont développés des accidents progressifs caractérisés par de la faiblesse, par de l'atrophie musculaire. — Le 22 janvier 1898, l'évolution de ces accidents permettait de constater l'existence d'une paraplégie spasmodique, avec retards dans la sensibilité, dans les réactions réflexes; il existait aussi des troubles trophiques, une parésie prononcée des membres antérieurs. — Bientôt les muscles du thorax ont cessé de fonctionner; l'asphyxie a déterminé la mort.

L'examen histologique de l'appareil nerveux a permis de déceler les causes de ces accidents.

Les nerfs, surtout ceux des membres antérieurs, sont atteints d'une névrite parenchymateuse prononcée; la myéline est segmentée, réduite en boules plus ou moins grosses.

Les coupes de la moelle, traitées au picro-carmin, à l'hématoxyline, à la méthode de Pal, révèlent une congestion intense. — La technique de Nissl, l'hématoxyline de Delafilde font découvrir des lésions cellulaires plus ou moins marquées suivant les régions, légères dans la zone cervicale, moyennes dans la partie dorsale, considérables dans le segment lombaire, plus encore au niveau de la terminaison.

Dans le haut, on observe un protoplasma plus granuleux qu'à l'état normal; les cellules offrent quelques déformations. — En descendant d'étage en étage, ces granulations, aussi bien que ces déformations, augmentent; les noyaux

(1) C'est M. Phisalix qui a préparé pour ainsi dire cet animal; c'est, du reste, à cet auteur qu'on doit les notions relatives aux procédés de vaccination partielle ou totale contre les venins, comme on lui doit, au sujet de ces venins, une foule d'autres notions.

deviennent indistincts ; les prolongements cellulaires sont plus grêles. — Dans les territoires lombaire et sacré, les éléments chromatophiles disparaissent ; des vacuoles se montrent de plus en plus nombreuses en se rapprochant de l'extrémité inférieure ; on distingue difficilement les masses nucléaires ; les expansions sont tordues, filiformes ; la congestion est excessive ; la prolifération est manifeste, surtout au niveau du groupe antéro-interne, vers la partie de la substance moyenne grise ; en ce point, les cellules embryonnaires sont assez nombreuses.

L'examen des centres supérieurs, de la protubérance, du bulbe, etc., révèle aussi quelques altérations.

En somme, on constate l'existence d'une poliomyélite lombo-sacrée associée à des névrites prédominantes dans les membres antérieurs ; les lésions centrales paraissent tenir de préférence, sous leur dépendance, les troubles morbides des pattes postérieures ; les lésions périphériques sont plutôt en rapport avec les désordres moteurs de ces membres antérieurs.

Cette coexistence d'altérations centrales et périphériques, indépendantes les unes des autres, nous paraît de première importance pour la solution de certains problèmes de neuro-pathologie. — De plus, ces résultats donnent la clef des phénomènes nerveux observés. — En outre, ils montrent que les venins, comme les toxines, engendrent et ces phénomènes nerveux et des lésions de la moelle ou des nerfs ; or l'un de nous a montré depuis longtemps que les poisons microbiens sont capables de faire naître des désordres relevant du névraxe. Ainsi se poursuit, à un nouveau point de vue, le parallèle établi à tant d'autres égards entre ces toxines et ces venins.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mars 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La Correspondance comprend : 1° une lettre du ministre des colonies qui consulte l'Académie sur l'opportunité de joindre pour les colonies, aux maladies dont la déclaration doit être obligatoire sans violer le secret professionnel dans la métropole, la rougeole, la lèpre et la dysenterie épidémique ; 2° une lettre de M. le Dr Rouvier, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth, qui se porte candidat au titre de correspondant national (chirurgie).

M. le Président annonce à l'Académie qu'elle se formera en comité secret mardi prochain pour entendre le rapport de M. Trasbot sur les candidats dans la section des associés nationaux.

Suture d'un muscle par des fils métalliques. — M. Championnière présente une observation qui montre l'application d'un principe tout nouveau qui est le suivant : Il est possible de loger dans la substance d'un muscle et de *laisser* en permanence un groupe de fils métalliques formant barrière, et pouvant *servir de point d'appui* à des fils perpendiculaires aux premiers. Les fils métalliques auxquels on donne un point d'appui *sur les os* et un point d'appui intra-musculaire peuvent constituer sans transition une réparation du muscle dont la tonicité et la nutrition se sont ainsi rétablies *immédiatement et complètement*. Au-dessous de ces fils, tous les groupes musculaires peuvent se réparer complètement et les fils métalliques enfouis dans les tissus s'associent à la réparation et assurent les fonctions du membre.

Le fait est le suivant : un homme s'est rompu le tendon du triceps au-dessus de la rotule. Tendon et muscle sont si retractés qu'il est impossible de songer à rapprocher les parties pour les réunir directement. Une première opération de suture directe sur le muscle n'a donné qu'un résultat incomplet. M. Championnière place dans le triceps, au-dessus de la rupture, un gros fil d'argent double faufilé dans le muscle au-dessus du tendon et perpendiculairement aux fibres musculaires. Cela constitue une sorte de barrière fixe intra-musculaire. Deux gros fils d'argent parallèles sont passés dans la rotule et vont tourner, dans le muscle, autour de cette barrière. Puis ces deux fils sont bien serrés et tendus d'un point fixe osseux, la rotule, au point fixe musculaire (la barrière d'argent). Dans l'intervalle des fils métalliques tous les débris tendineux et musculaires sont réunis entre eux par des catguts placés avec soin. Ces parties ne subissent point de traction. L'opéré est placé dans une gouttière sans appareil d'immobilisation. Le quatrième jour, au premier pansement, le membre est mobilisé. Ce sujet a quitté l'hôpital au bout d'un mois.

Il est revu et soumis à la radiographie au bout de sept mois passés. La réparation musculaire est parfaite. Il marche sans boiterie sur un membre parfaitement puissant, et tous les mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse s'accomplissent aussi complètement que l'on puisse le souhaiter. La radiographie nous apprend que la réparation musculaire a été bien complète et que la fonction de résistance qui, au début, a appartenu aux fils d'argent ne leur appartient plus. Les fils ont bien séjourné dans les tissus sans inconvénient aucun. Mais ces fils présentent l'un deux et l'autre trois ruptures.

Ces ruptures sont probablement de date assez récente. Elles ne résultent pas de l'effet des tractions, sans cela une seule rupture se serait produite. Elles résultent probablement du séjour prolongé du fil d'argent dans les tissus et de leur altération par les liquides de l'économie.

Cette observation montre que les fils ont persisté pendant une période parfaitement suffisante pour assurer la réparation des muscles. Mais si on voulait assurer la permanence des fils, il ne suffirait pas d'employer, comme M. Championnière l'a toujours fait, des fils d'argent très gros, il faudrait employer des fils de résistance plus grande comme les fils de platine. Dans le cas actuel, du reste, le fil de platine avait été préparé et aurait dû être passé.

Ce fait montre la tolérance des tissus pour un fil métallique subissant dans un muscle des tractions constantes et très énergiques. Il n'est que la suite de nombreuses opérations, de réparations tendineuses et musculaires, que M. Championnière a accompli avec le gros fil d'argent.

Pathogénie de la cirrhose. — M. Hayem. Je suis depuis dix-neuf ans médecin à l'hôpital Saint-Antoine, où les alcooliques sont très nombreux, mais où les conditions sont assez complexes. Mes malades sont des éclectiques, ils boivent de tout, surtout de l'absinthe. Je n'ai donc pu savoir si la cirrhose est en rapport avec la consommation du vin ou des liqueurs, mais la cirrhose de Laennec est rare à l'hôpital Saint-Antoine, malgré la fréquence des cas d'alcoolisme ; si le nombre des cas de cirrhose diminuait à mesure qu'augmente l'alcoolisme, ce serait une présomption en faveur de l'opinion de M. Lancereaux ; mais ce n'est pas ce point surtout que je veux traiter.

Le type gastrique que j'observe chez mes malades varie d'après la nature de la cirrhose : quand il y a une atrophie du tissu hépatique, la muqueuse gastrique est atrophiée, il y a hypopepsie. Dans la cirrhose hypertrophique, au contraire, il y a hyperacidité ; on peut admettre que la cirrhose se produit d'abord dans l'estomac, puis dans le foie, ou que l'état de la muqueuse de l'estomac amène ultérieurement la cirrhose. M. Riche tend à incriminer les acides dans la production de la cirrhose.

Ces rapports étant connus, il suffirait de faire l'examen gastrique chez deux séries de malades, les uns buveurs de vin, les autres buveurs d'alcool. S'il y a des contrées où l'on trouve encore actuellement des malades exclusivement buveurs de vin ou d'alcool, il serait facile d'y faire ces recherches.

Quant au sulfate de potasse, je ne le crois pas capable de produire de grands désordres du côté de la glande hépatique, au moins dans les proportions où il se trouve habituellement dans le vin.

M. Lancereaux. Pour qu'un individu devienne cirrhotique, il faut qu'il consomme du vin pendant de nombreuses années ; ce n'est que depuis quelque temps que l'on plâtre moins le vin, il faut donc attendre quelques années pour voir si la cirrhose diminuera.

La vaccination obligatoire aux colonies.—M. Léon Colin, tout en reconnaissant la valeur des arguments apportés à la dernière séance par M. Chauvel, est partisan de la vaccination obligatoire comme de tout ce qui peut sauvegarder la vie et la santé de nos soldats aux colonies.

M. Laveran ne demande pas que l'on rende d'emblée la vaccination obligatoire dans toutes les colonies, il demande que l'on procède par ordre et avec mesure.

Cocaïne et eucaïne. — M. Reclus. Les dangers de l'eucaïne sont supérieurs à ceux de la cocaïne qui garde la supériorité. Au mois de février 1897, le Dr Silex, de Berlin, présentait une nouvelle substance, l'eucaïne B, différente de la première à laquelle on donne le nom d'eucaïne A. Depuis six mois, M. Reclus emploie cette nouvelle substance qui lui paraît présenter des avantages réels.

L'eucaïne B peut être soumise à l'ébullition ; elle forme des solutions stables qui peuvent encore être utilisées au bout de quatre mois, tandis que la cocaïne est inutilisable au bout de quinze jours. La toxicité de l'eucaïne B est moins considérable que celle de la cocaïne, le rapport entre les deux est comme 1 à 3,75.

D'autre part, le pouvoir analgésique de l'eucaïne est moins considérable que celui de la cocaïne, mais il est plus rapide ; l'action est à peu près immédiate.

Lorsqu'on pratique une opération à la cocaïne, il faut laisser les malades dans la position horizontale, sous peine de leur donner des vertiges et des vomissements. C'est la cause des accidents qui sont survenus chez les dentistes. L'eucaïne pourrait servir en pareil cas, mais son pouvoir anesthésique est moins considérable, d'autre part l'eucaïne B comme l'eucaïne A est vaso-dilatatrice, ce qui est un gros inconvénient. Autre inconvénient : il y a une certaine douleur dans l'injection de l'eucaïne et il reste dans la plaie une sorte de cuisson qui peut durer une heure et plus.

La cocaïne reste donc l'anesthésique de choix, mais l'eucaïne peut être préférée donc certains cas particuliers.

A 4 h. 40, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Farabeuf sur les candidats dans la section d'anatomie et de physiologie. La liste de présentation est la suivante : En 1re ligne, M. Ch. Richet; en 2e ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Gréhant, Poirier, Rémy, Reterer et Reynier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mars 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Mécanisme de l'action antixotique de la pulpe nerveuse et de diverses autres substances sur la strychnine. — MM. Thoinot et G. Brouardel. Dans la séance du 4 mars 1898, MM. Vidal et Nobécourt ont apporté le résultat de leurs expériences sur l'action antitoxique de la substance des centres nerveux (cerveau et moelle) sur la strychnine et la morphine. Nous avons repris ces expériences et nous avons pu constater que l'action préservatrice des pulpes cérébrale et médullaire est très puissante, puisqu'un gramme de pulpe met infailliblement l'animal à l'abri non seulement de la dose mortelle, mais encore du double de cette dose.

Nous avons pu nous assurer que le fait n'était pas dû à une modification subie par le poison sous l'influence de la substance organique, puisque le poison extrait du mélange possède encore tout son pouvoir toxique ; la dilution ne doit pas non plus être incriminée ; il faut chercher l'explication de ce fait ailleurs et nous croyons l'avoir trouvée dans la série d'expériences que nous avons entreprise. Ces expériences nous ont montré que l'action préservatrice de la substance nerveuse n'est pas spéciale, particulière, à cette matière, mais qu'elle est partagée par quelques autres pulpes organiques, telles que fécule de pomme de terre, poudre de talc, poudre de charbon, épinards cuits et pulpés, mélangées à la strychnine atténuaient le pouvoir toxique de la strychnine d'une façon aussi manifeste que la pulpe cérébrale.

L'explication est des plus simples ; le poison est retenu tout entier par la pulpe nerveuse et aussi par les substances inertes ; ce qui est prouvé du reste par la recherche du poison après filtration dans le liquide filtré : la strychnine mélangée à la pulpe nerveuse ou aux substances inertes reste sur le filtre et le liquide qui passe est inoffensif pour les animaux. Il n'y a d'ailleurs là rien d'extraordinaire, car on sait qu'une solution abandonne aux corps même inertes et non poreux sur lesquels on la fait passer la matière soluble qu'elle contient (expérience de Frankland).

Paralysie spinale infantile avec participation du nerf facial. — M. Béclère présente deux fillettes âgées l'une de dix-huit mois et l'autre de trente et un mois. Ce sont deux sœurs vivant ensemble dans une chambre étroite qui, il y a dix mois, ont été brusquement frappées, à sept jours d'intervalle, d'accidents paralytiques étendus, avec fièvre et symptômes généraux comme dans les maladies infectieuses. Cette période aiguë fébrile a duré un septenaire et a été à peu près semblable chez les deux enfants, avec cette différence toutefois que l'aînée a eu de la rétention d'urine et des convulsions généralisées. Puis la paralysie est entrée dans une période de régression et de fixation, où elle s'est localisée, chez l'aînée, aux membres inférieurs, chez la plus jeune, au bras gauche et à la moitié gauche de la face, après avoir chez toutes deux abandonné les muscles moteurs de la tête. L'aînée présente aujourd'hui une paralysie flaccide

avec atrophie musculaire, jambes de polichinelle, réaction de dégénérescence, sans troubles de la sensibilité, qui permet d'affirmer sans réserve que cette enfant a été atteinte de la maladie dénommée paralysie spinale infantile, c'est-à-dire de poliomyélite antérieure aiguë. Aujourd'hui que le caractère épidémique de la paralysie infantile et son origine infectieuse, sont devenus notions courantes, on ne peut douter, d'après l'évolution des accidents, que la plus jeune des deux enfants ait été atteinte de la même maladie que sa sœur.

Il est à remarquer que les deux fillettes, avant le début fébrile des accidents paralytiques, étaient toutes les deux couvertes d'abcès cutanés, et c'est peut-être dans ces foyers de suppuration qu'il convenait de chercher l'agent infectieux, streptocoque ou plus vraisemblablement staphylocoque, cause des troubles nerveux; malheureusement l'examen bactériologique du pus n'a pas été fait. Quoi qu'il en soit, le fait à retenir c'est que les muscles de la face peuvent être au nombre des muscles paralysés dans la paralysie infantile. Ce fait exceptionnel n'est pas sans précédents. Plusieurs observateurs, témoins d'épidémies de paralysies infantiles, ont rapporté des exemples de paralysies des muscles innervés par le nerf moteur oculaire interne, le facial et l'hypoglosse, en un mot par les nerfs bulbaires. Mais il s'agissait, le plus souvent, de cas rapidement mortels, à la période aiguë, et dont la véritable signification aurait été méconnue s'ils avaient été observés isolément en dehors d'un foyer épidémique. Ce qui fait la rareté du cas présenté par M. Béclère, c'est que l'enfant a survécu. On ne peut affirmer sûrement que la lésion, cause de cette paralysie faciale, réside dans le noyau bulbaire du nerf facial et non dans le nerf lui-même.

L'examen électrique est insuffisant à résoudre cette question, et une maladie infectieuse qui frappe la moelle peut frapper en même temps les nerfs périphériques, mais la coexistence, à la période aiguë, de la paralysie de tous les muscles moteurs de la tête sterno-cléido mastoïdiens et trapèzes, est de nature à faire admettre que c'est bien le noyau bulbaire du facial qui a été atteint par la paralysie spinale infantile.

Tamponnement gélatiné dans la métrorrhagie. — M. Dalché. L'application de sérum gélatiné comme hémostatique peut dans certains cas avoir des inconvénients. Quand l'hémorragie en effet se produit au fond de l'utérus, l'application de l'agent hémostatique au milieu du col peut déterminer la formation d'un caillot dur qui distend le col et détermine des douleurs très vives.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 mars 1898. — Présidence de M. Aug. Voisin.

Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée : 1° journaux et revues ordinaires 2° une brochure sur *Dax* de M. le Dr Loranzo annonçant le décès de M. le Dr Delmas (de Dax) membre correspondant de la Société de Médecine et posant sa candidature comme membre correspondant.

Correspondance manuscrite : Lettre d'excuse de M. Jullien qui ne peut assister à la séance.

M. Buret, à propos du procès-verbal, fait remarquer que le fils de François Ier avait déjà 3 ans quand son père a gagné la syphilis.

Rapport sur la candidature de M. le Dr Roubinovitch au titre de membre titulaire. — M. le Dr de Crésantignes. M. le Dr Roubinovitch, qui sollicite l'honneur de faire partie de la Société de Médecine de Paris, se présente devant nous avec un certain nombre de travaux scientifiques dont je vais vous donner un aperçu, au nom de la commission composée de MM. Christian et Béni-Barde, commission dont j'ai été désigné comme rapporteur. Au cours de la dernière séance, M. Roubinovitch a donné lecture d'une communication *sur les variations de forme, de volume et de position du cœur chez les aliénés*. Dans son introduction à l'*Etude de la médecine expérimentale*, Cl. Bernard exprime cette idée que « chaque fois qu'un moyen nouveau et sûr d'analyse expérimentale surgit, on voit toujours la science faire des progrès dans les questions auxquelles ce moyen peut être appliqué. » Cette réflexion de l'illustre physiologiste s'applique au procédé d'investigation inventé par le Dr Bianchi, connu sous le nom de phonendoscopie, et les travaux déjà nombreux suscités par la découverte de notre collègue apportent leur indiscutable consécration à la valeur de la méthode. A ce titre, les recherches de M. Roubinovitch sont un hommage rendu à M. Bianchi, puisqu'elles sont basées sur l'emploi du phonendoscope.

Après s'être assuré qu'aucun des aliénés mis en expérience n'était atteint d'affection cardiaque organique ou fonctionnelle, qu'il n'y avait ni souffle, ni phénomènes tachicardiques, ni intermittences, ni palpitations, M. Roubinovitch a délimité le cœur par la percussion auscultée et en a tracé soigneusement le graphique. Puis il a engagé les malades à se livrer à une course de quelques minutes et délimitant de nouveau la zone correspondant au cœur, il a constaté de la façon la plus nette des changements de forme, de volume, de position, dont la preuve indiscutable est fournie par l'examen des planches dessinées par lui.

Pourquoi chez les aliénés le cœur garde-t-il d'une façon durable les modifications déterminées par une excitation aussi faible qu'une course de quatre à cinq minutes, alors que, chez les sujets normaux, les variations qui surviennent sous l'influence de diverses causes disparaissent presque aussitôt, au point de rendre difficile la constatation du changement ? C'est là une question à laquelle M. Roubinovitch tente de répondre, mais il le fait avec une certaine réserve, sachant bien que trop souvent les théories constituent des édifices éphémères et fragiles. « Il faut évidemment admettre, dit-il, que le cœur est en état de moindre résistance, de faiblesse dans sa contractilité. Or, cette diminution dans la résistance peut se déclarer sous l'influence de causes multiples ». Et notre confrère invoque, d'une part, le nervosisme « qui n'est autre chose qu'un affaiblissement du système nerveux » et, d'autre part la possibilité de phénomènes d'auto-intoxication d'origine digestive, les aliénés présentant presque toujours de la constipation avec haleine fétide et état saburral de la langue. Sous cette double influence, la tonicité du cœur se trouve diminuée, d'où résulte une modification non douteuse sur la circulation cérébrale qui entretient l'état d'affaiblissement du système nerveux. Un véritable cercle vicieux se trouve ainsi constitué.

De ces faits découle une importante conclusion pratique que M. Roubinovitch formule en ces termes : « tout traitement qui consisterait à mettre l'aliéné dans des conditions

de repos les plus complètes, devrait être préféré à tout autre. »

Souhaitons que M. Roubinovitch poursuive ses recherches. N'y aurait-il pas intérêt, par exemple, à déterminer au bout de combien de temps, après chaque expérience, le cœur des aliénés reprend sa conformation primitive? On obtiendrait sans doute ainsi d'utiles renseignements, soit que l'on expérimentât chez un même malade en faisant varier les conditions de l'expérience, soit que l'on comparât plusieurs malades entre eux; ce serait du moins un procédé permettant de mesurer, par la durée du temps nécessaire pour la *restitutio ad integrum*, le degré d'affaiblissement nerveux, ses variations sous telle ou telle influence et il deviendrait possible de se faire une opinion plus précise sur la valeur des différentes médications mises en usage.

J'en ai terminé avec l'analyse du mémoire que M. Roubinovitch a présenté à la Société comme travail de candidature. Ayant exercé pendant trois années les fonctions de chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, il a publié une série de travaux sur les aliénés. La liste en est longue. Je citerai seulement une thèse de Doctorat intitulée: « Hystérie mâle et dégénérescence », thèse couronnée par la Faculté; « les variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne », un volume récompensé par l'Académie de médecine; « la mélancolie », ouvrage en collaboration avec M. le Dr Toulouse, couronné par l'Académie de médecine.

Pendant qu'il était interne chez M. Lancereaux, M. Roubinovitch eut cette bonne fortune de découvrir chez un malade une anomalie musculaire d'une grande rareté. Il s'agissait d'un muscle inspirateur supplémentaire, situé en avant du sternum, du côté droit et reposant sur toute sa longueur sur les insertions sternales du grand pectoral. Sa description figure dans les bulletins de la Société anatomique de l'année 1888.

Dans le domaine de l'expérimentation, M. Roubinovitch a publié des travaux sur « l'étude des auto-intoxications dans les maladies mentales » en collaboration avec MM. Gilbert Ballet et Bordas) puis sur « le sulfonal chez les aliénés ».

Plusieurs questions d'anthropologie criminelle et d'assistance publique ont également été traitées par lui.

Enfin, il ne lui a pas suffi d'écrire. Partisan convaincu des bienfaits de l'enseignement anti-alcoolique, M. Roubinovitch, délégué par M. le ministre de l'Instruction publique, a fait une série de conférences aux Instituteurs de la Seine, la Marne et l'Oise; puis aux Ecoles Normales de la Seine et aux Ecoles Primaires supérieures, pendant les années 1895, 1896, 1897, semant, autant qu'il l'a pu la bonne parole dans le but de combattre l'un des plus grands fléaux du siècle, et faisant ainsi acte de patriotisme, en bon Français qu'il est.

Tous ces titres, Messieurs, vous feront accueillir favorablement la candidature de M. Roubinovitch, auquel notre cher Président, M. Voisin, a bien voulu servir de parrain :

De l'intervention dans les fibromes après la ménaupose. — M. Picqué. (*V. ci-dessus p.* 193.)

M. de Crésantignes pense que les observations de M. Picqué sont très utiles en ce sens qu'elles rappelleront aux médecins que la ménopause ne constitue pas toujours une période d'arrêt dans l'évolution du corps fibreux. Il rapporte, à ce propos, une observation personnelle un peu analogue à celles de M. Picqué.

M. Dubuc. Fait remarquer que les complications incriminées par M. Picqué sont plutôt dues aux pyosalpynx qu'aux corps fibreux eux-mêmes, si bien que l'intervention sanglante paraît plutôt causée par les complications que par les fibromes eux-mêmes.

M. Picqué veut simplement faire ressortir la nécessité qu'il y a de se préoccuper des fibromes même après la ménopause, à cause des complications qui peuvent survenir tout à coup dans des conditions indéterminées.

M. Picqué profite de l'occasion pour signaler l'existence des tumeurs fibreuses de l'ovaire, rares, mais qui peuvent présenter les plus grandes analogies avec les fibromes, et il est possible que l'observation citée par M. de Crésantignes se rapporte à un de ces cas. Il y a là une cause fréquente d'exercer ce diagnostic, car beaucoup d'affections peuvent simuler un fibrome.

M. Albert Weil lit un travail sur le **Traitement électrique des névralgies.** (*Sera publié.*)

La question soulevée par notre confrère M. Albert Weil sera à l'ordre du jour de la prochaine séance de la Société.

M. le Secrétaire général fait remarquer que la prochaine séance pourrait avoir lieu le 2 avril au lieu du 9 qui serait la veille de Pâques. Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

M. le Dr Beaulavon lit un mémoire sur **Nos sanatoria français pour tuberculeux.** (*Sera publié.*)

M. Grasset pense que, dans les sanatoria, il y a nécessité d'établir une plus grande serveillance et une plus grande autorité de la part du médecin sur les malades.

M. Martin-Durr fait remarquer qu'à Vernet il n'y a, à proprement parler, pas de sanatorium, car c'est l'hôtelier plus que le médecin qui y commande.

M. Grasset se demande si la Société ne ferait pas bien de formuler cette conclusion d'engager les médecins français à faire des sanatoria sérieux qui manquent encore en France et nous mettent presque dans la nécessité d'envoyer nos malades à Davos où la surveillance est réelle et l'autorité du médecin à peu près absolue.

M. le Président se demande s'il n'y aurait pas intérêt à consulter les statistiques d'Ormesson où existent des résultats remarquables.

La séance est levée à 6 heures.

Dr Mouzon.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 mars 1898.

Cicatrisation d'un épithélioma ulcéré de la face par un procédé nouveau d'application d'acide arsénieux (méthode de Cerny, de Prague). — M. Hermet présente un malade qui, en octobre, était atteint d'un vaste épithélioma de la face. Il l'a traité avec les badigeonnages d'acide arsénieux en solution (méthode de Cerny) qu'il est allé étudier sur place à Prague. Ce traitement, qui est basé sur la fixation par l'air, de l'acide arsénieux, et qui nécessite par conséquent l'exposition permanente de la surface ulcérée à l'air libre, a été commencé le 21 octobre 1897. Le tissu néoplasique a été complètement détruit le 1er janvier 1898. Les bourgeons charnus avaient fait leur apparition ce jour-là. La cicatrisation a été complète le 2 février.

Trois solutions d'acide arsénieux sont nécessaires : une à 1/150, l'autre à 1/100, la troisième à 1/50, parties égales d'eau et d'alcool éthylique. La première est étendue sur la surface ulcérée, la seconde et la troisième sur l'escharre (qui se forme en deux ou trois jours). C'est lorsqu'elle est très épaisse qu'on emploie la solution à 1/50. Les badigeonnages doivent être faits tous les jours, sauf contre-indication (œdème ou inflammation violente).

L'acide arsénieux détermine une véritable momification du cancer. Il se dissout mal à cette dose, il reste en suspension, il faut donc avec le pinceau, aller au fonds du récipient chercher l'acide arsénieux en suspension.

La douleur provoquée par l'application est presque instantanément calmée par le contact de l'air. Rarement la piqûre de morphine est nécessaire.

Il faut enlever l'escharre aussitôt qu'on le peut sans déterminer ni douleur, ni hémorrhagie, recommencer le badigeonnage à 1/150 et le continuer comme ci-dessus, jusqu'à apparition des bourgeons charnus, puis panser comme une plaie simple.

Quelques essais d'hémo-thérapie et de séro-thérapie dans la syphilis. — M. Jullien. En 1896, je recueillis sur le col utérin le sang d'une vieille tertiaire et je l'injectai en nature à une fille de 22 ans chez laquelle commençaient à se manifester les premières marques de la roséole. Première injection de 2 cc. le 5 janvier et une seconde de 3 cc. le 13 janvier. L'éruption semble d'abord diminuer, mais un mal de tête fort douloureux, des papules muqueuses me forcèrent à instituer le traitement mercuriel.

En 1897, j'eus l'occasion de recueillir une grande quantité de liquide ascitique chez une syphilitique hydropique par cirrhose hépatique et j'eus l'idée de l'injecter à des malades de la période secondaire. Chez un premier malade l'injection en 15 fois de 93 cc. de liquide ascitique ne donna aucun résultat. Chez un deuxième malade je commençai par injecter une seringue de Pravaz, puis 5, 10, 15, 20, 40 cc. Tous les accidents avaient disparu en un mois et vingt jours.

Syphilis héréditaire. Incontinence d'urine. — M. Georges Baudouin.

Nouvelle note sur un cas d'accrodermatite continue suppurative avec infection purulente tégumentaire. — MM. Hallopeau et Laffite. Le malade ayant succombé, l'autopsie a permis de constater, outre les altérations d'une dermite suppurative occupant la plus grande partie de la surface du corps, l'existence de profondes lésions dégénératives du foie et des reins, telles qu'on les observe dans les toxémies ; l'intestin présentait des signes de phlegmasie comparables à celle du tégument externe ; les nerfs, étudiés dans leurs filets terminaux, au milieu des lésions de pyodermite, présentaient les altérations que l'on rapporte à la névrite parenchymateuse ; les gros troncs étaient au contraire à peu près intacts : il s'agissait selon toute vraisemblance d'altérations secondaires à la phlegmasie cutanée ; il n'y avait pas trace d'infarctus ni d'abcès métastatique ; cette ensemble de lésions confirme l'idée d'une infection purulente tégumentaire, conformément aux vues exprimées par l'un des auteurs dans une précédente note.

Sur une lymphadénie médiane du visage. — MM. Hallopeau et Laffite. Il s'agit d'une femme qui présente dans toute la partie médiane de la face une rougeur vive avec tuméfaction considérable ; ces altérations intéressent le nez, les joues, la lèvre supérieure et le bas du front dans son tiers moyen : elles présentent leur maximum d'intensité dans les deux tiers supérieurs du nez ; il n'y a pas à proprement parler de tumeur, mais une exagération considérable des saillies normales ainsi que des sillons qui les séparent ; il en résulte une altération des plus frappantes de la physionomie ; ceux qui l'ont vue ne l'oublieront pas, le diagnostic a été au début fort difficile : on a du éliminer successivement les hypothèses d'une acné hypertrophique, d'un lupus érythémateux, d'une néoplasie sarcomateuse ; en raison d'une fistule lacrymale et d'une otite suppurative survenue récemment, il a fallu examiner l'hypothèse d'un farcin : l'inoculation du pus dans le péritoine d'un cobaye a donné des résultats négatifs, une étude plus approfondie de la malade a montré qu'il ne s'agit pas d'une maladie locale, il existe des adénopathies multiples, un prurit intense et généralisé, des éruptions lichénoïdes ou eczématiformes ; enfin l'examen du sang dénote une augmentation très considérable du nombre des globules blancs ; il y en a plus d'un pour 20 hématies ; cet ensemble conduit au diagnostic de lymphadénie cutanée ; elle diffère du mycosis par l'absence de tumeurs, par les caractères de la tuméfaction, par le prurit dans des parties exemptes de manifestations locales. Il n'existe pas de fait semblable dans la littérature médicale.

Lettre de Nouméa sur la lèpre néo-calédonienne. — M. de Langenhagen.

MM. Jullien et Sibut présentent 2 malades.

1° Une malade ayant un chancre mou du doigt ; infection secondaire, recherche positive du bacille.

2° Une malade qui, depuis 11 ans, prend de l'antipyrine et qui porte une plaque ovalaire d'un gris très foncé d'éruption antipyrinique, dans la région lombaire.

C'est un type d'éruption érythémato-pigmentée fixe de Brocq.

Cette éruption dure depuis 6 ans, subissant des recrudescences au moment des prises du médicament que la femme absorbait à la dose de 1 gramme par semaine pendant 7 ans, et depuis 4 ans à la dose de 2 cuillerées de sirop.

Lupus érythémato tuberculeux. Tuberculose ganglionnaire et pulmonaire. — M. Leredde présente une jeune femme qui porte sur le front deux plaques de lupus érythémateux datant de six mois.

Placards tuberculo-croûteux survenus aux membres supérieurs et inférieurs chez un malade atteint d'arthropathies multiples. — M. H. Forestier, d'Aix-les-Bains.

Engelures des pieds familiales, héréditaires, à début d'érythème iris. — MM. L. Jacquet et Regnard.

II. — **Action modificatrice curative du calomel en injections intra musculaires sur des ulcères de jambe.** — MM. Gastou et Anghelovici.

Deux cas d'ichtyose pilaire familiale, héréditaire avec microsphygmie chez des syphilitiques héréditaires. — MM. Gastou et Emery.

Cyanose des extrémités avec engelures chez un hérédo-tuberculeux microsphygmique et infantile. — MM. Gastou et Emery.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LOUVRE

(1er ET IIe ARRONDISSEMENTS)

Séance du 15 février. — Présidence de M. MOUTIER.

Lecture et adoption du procès verbal de la dernière séance.

M. SÉBILLOTTE, secrétaire général donne lecture de la correspondance : 1° Lettre de remerciements de M. Tourreil nouvellement élu. — 2° Lettre de M. Colson, qui empêché d'assister aux réunions, demande à être nommé membre honoraire.

Après quelques observations échangées entre M. le Président, MM. Suss et Chevallereau, il est décidé que le vote pour l'admission de M. Colson à l'honorariat sera reporté à la prochaine séance. — 3° Lettre de candidature de M. le Dr Michel, parrains M. Lataste et M. Sébillotte. M. Chassevant est nommé rapporteur. — 4° Lettre de candidature de M. Lépinoy, pharmacien ; le nombre respectif des pharmaciens étant atteint, il n'y a pas lieu d'examiner actuellement cette candidature ; M le secrétaire voudra bien faire savoir à M. Lépinoy que bonne note est prise de sa demande et qu'il en sera tenu compte à la prochaine vacance. — 5° Lettre de candidature de M. le Dr Boudin, parrains MM Lataste et Sébillotte; M. Carpentier-Méricourt est nommé rapporteur. — 6° Lettre de candidature de M. le Dr Latteux, parrains MM. Kuhff et Sébillotte. M. Lataste est nommé rapporteur. — 7° Demande de souscription de la Société du Louvre à un numéro du *Bulletin des Sociétés médicales d'arrondissement*, qui donnera *in-extenso* et gratuitement le compte rendu des séances de la Société.

Sur la proposition de M. Kuhff, le vote pour cette souscription est reporté après la lecture du compte-rendu financier.

M. RODIER. Rapport sur la candidature de M. le Dr Queudot : Thèse 1882, *Etude sur l'ataxie locomotrice*. M. Queudot est nommé à l'unanimité membre de la Société du Louvre.

M. GOURC. Rapport sur la candidature de M. le Dr Gallard. — Thèse 1893. *De la Goutte saturnine*. — M. Gallard est admis membre de la Société du Louvre.

M. BRETONNEAU, trésorier, lit le compte rendu financier pour 1897. Adopté à l'unanimité. M. Bretonneau rappelle que d'après les nouveaux statuts la cotisation annuelle doit être encaissée au commencement de l'année et non à la fin comme il avait été fait jusqu'à maintenant. Vote pour la souscription de la Société au *Bulletin des Sociétés médicales d'arrondissement*, admis.

M. MOUTIER, Président, profite de la circonstance pour remercier M. Chevallereau du zèle qu'il met à publier dans la *France Médicale*, les comptes rendus de notre Société et les communications qui y sont faites.

M. LE PRÉSIDENT souhaite la bienvenu à M Tourreil nouvellement élu.

Quelques cas de radiographie. — M. PICQUÉ insiste à nouveau sur les très grands services que rend à la chirurgie l'examen radiographique et cite quelques exemples tirés de sa pratique soit hospitalière, soit privée :

1° Un jeune homme est adressé avec le diagnostic : luxation du coude en arrière ; ce diagnostic semblait assez juste en considérant les causes du traumatisme, mais l'examen sous le chloroforme, démontra l'existence d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, l'examen radiographique vérifia le diagnostic ;

2° Un cocher tombe de son siège sur le pied droit en torsion, bientôt après tuméfaction énorme du genou, grand épanchement, mobilité.

On pense d'abord à une subluxation du genou, devant ce diagnostic assez délicat on pratique la radiographie qui indique fracture cunéiforme de l'extrémité supérieure du tibia ;

3° Traumatisme du cou de pied considéré par un médecin comme une entorse simple ; on trouve cependant à l'épreuve radiographique les signes d'une subluxation du pied en arrière ;

4° Fracture de la diaphyse fémorale dans un récent accident de chemin de fer, la radiographie montra le siège exact de la fracture et la situation des fragments, indication nécessaire à l'application régulière de l'appareil.

M. Picqué termine sa communication par quelques mots sur le traitement appliqué dans ces divers cas ; pour les deux premiers, entre autre, il s'est trouvé fort bien du traitement préconisé par Lucas-Championnière, massage et mobilisation rapide.

M. DIDSBURY fait une communication sur l'**hypertrophie chronique de l'amygdale linguale avec troubles réflexes.** (*V. ci-dessus p.* 194.)

Discussion à laquelle prennent part MM. Tourreil, Sébillotte, Didsbury.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le secrétaire des séances, Dr H. BEAUSSE.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

Séance du 14 mars 1898. — Présidence de M. TRIPET.

Craniotomie dans un cas d'hydrocéphalie pratiquée d'urgence sans instruments spéciaux. — M. CONTRASTIN s'est trouvé le jeudi 20 janvier 1898, appelé la nuit, à 20 kilomètres d'une gare, auprès d'une femme dont l'accouchement naturel paraît impossible ; les renseignements fournis par le médecin traitant sont les suivants : hydramnios, rupture prématurée de la poche des eaux le dimanche ; rétrocession du travail jusqu'au mercredi matin ; extrémité céphalique mobile ; au toucher, surface lisse, tendre ; ni suture, ni fontanelle ; le jeudi, engagement en mento-sacré ; mort probable du fœtus. La version est de nouveau essayée sous le chloroforme ; réflexion suffisante de la tête pour amener la fontanelle postérieure ; ponction avec la pointe du Levret, issue de liquide séro-sanguin qui libère le cuir chevelu, section de celui-ci au moyen des ciseaux de Dubois, déchirure avec le doigt du tissu inter-osseux ; sortie abondante de liquide ; application de forceps qui diminue le volume du crâne. A ce moment, le forceps dérapant, l'accouchement est abandonné à lui-même ; réveil de la mère ; une demi-heure après la tête sort en OIG ; dégagement de l'épaule droite au bout d'un quart d'heure puis délivrance une heure et demie après. La vulve et le périnée sont intacts ; le post-partum est satisfaisant et la malade se lève trois semaines après.

Conclusions : 1° le médecin peut se trouver obligé de pratiquer une opération pour laquelle il n'est ni préparé ni outillé ; 2° nécessité de terminer jusqu'à libération une

série de manœuvres; 3° incapacité de l'entourage de se rendre compte d'un accouchement normal au point d'en pouvoir témoigner; 4° usage instinctif et inévitable de la main conductrice; 5° influence, à cette époque, sur des praticiens au-dessus de tout soupçon d'infériorité, de la condamnation, heureusement effacée, de notre confrère Laporte.

M. Dubrisay. Dans le cas actuel, où il s'agit d'une tête mobile au détroit supérieur, il est on ne peut plus naturel d'avoir pensé à une version; précisément à cause de cette mobilité il fallait écarter l'idée d'une basiotripsie. Mais si, au lieu d'avoir affaire à une hydrocéphalie, M. Contrastin s'était trouvé en présence d'une tête tout simplement volumineuse, les difficultés eussent été grandes en l'absence d'instruments spéciaux; il se serait vu forcé de recourir à l'emploi du bistouri ou de tout autre engin perforateur, pour donner issue à la matière cérébrale afin de réduire le volume de la tête. Si l'on attend trop longtemps, une rupture de l'estomac est à redouter.

Deux cas de fièvre typhoïde anormale. — M. Percepied. Vers le 20 juin 1897, je fus appelé à donner mes soins à une femme présentant les symptômes suivants : début brusque de la maladie, maux de tête intolérables, douleurs de ventre sans point particulièrement douloureux, rien à la poitrine, rien au cœur, rien aux urines. Vers le neuvième jour apparitions de taches rosées.

Quelques jours après, j'eus occasion d'observer un cas analogue, mais avec des symptômes beaucoup plus accentués : début brusque par des douleurs de ventre atroces, siégeant surtout vers la région hépatique, maux de tête intolérables, fièvre modérée, à ces symptômes s'ajouta bientôt de l'anurie passagère. Avec des confrères appelés en consultation, je portai le diagnostic de péritonite, qui heureusement ne fut pas ultérieurement vérifié. Le séro-diagnostic fait vers le dixième jour fut positif et permit de porter un diagnostic impossible à formuler avec la simple étude de la courbe de la température,

Ces deux cas sont intéressant par ces symptômes communs : absence de prodromes marqués, maux de tête et douleurs de ventre intolérables, vomissements presque incessants. Ils nous donnent une nouvelle preuve des services que peut nous rendre le séro-diagnostic.

M. Cazaux fait observer que la marche de la température aurait pu à elle seule mettre sur la voie du diagnostic.

Il est regrettable que les courbes thermométriques ne puissent être produites, mais en pareil cas le séro-diagnostic constitue une précieuse ressource et peut seul conférer cette certitude.

Des injections de sérum artificiel. Choix du liquide à injecter. — MM. Verchère et Triollet. De tous les sels qu'on emploie en solution pour les injections sous-cutanées, c'est incontestablement le chlorure de sodium qui conserve le mieux la constitution intime des éléments sanguins, quand on l'utilise à la concentration de 7 p. 100. Avec cette solution la perte d'élasticité des globules est tellement passagère et la déformation si peu marquée que ce sel permet, dès que le mélange intime à la sérine s'est effectué complètement (après quelques minutes) le retour parfait des hématies à leur état normal. Cela démontre son inocuité.

C'est aussi le chlorure de sodium qui ménage le plus les hématoblastes, ces embryons des globules en voie de développement.

Enfin c'est encore le chlorure de sodium qui altère le moins les globules blancs. En raison de ces faits on est donc en droit de conclure.

1° la solution saline à employer devra être à la concentration de 7 p. 100 pour éviter une rupture d'équilibre entre la pression osmotique du plasma et celle des globules;

2° cette solution devra être une solution de chlorure de sodium, parce que ce sel altère au minimum les globules sanguins, les hématoblastes et les globules blancs.

L'addition de tout autre sel, en augmentant les chances d'altération des globules, est plutôt nuisible qu'utile et M. le Professeur Hayem lui-même recommande la suppression du sulfate de soude (à moins qu'on ne vise spécialement une action constipante) dans la formule primitive du sérum qu'il a donnée. « En sorte que le chlorure de sodium au titre de 7 p. 100 est le liquide de choix pour l'introduction dans les vaisseaux d'un liquide destiné à suppléer soit à la déperdition exagérée du sang avec tous ses éléments, soit à la déperdition du plasma seul » (Mayer).

M. Dubrisay. — En obstétrique nous employons couramment les injections de solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000. M. Maygrier a rapporté en 1896 le cas d'une femme épuisée par des hémorrhagies successives et qui ne dut son salut qu'à des injections intra-veineuses, qui firent entrer en une journée 6 litres de sérum artificiel dans l'organisme (chlorure de sodium 7 p. 1000).

M. Desnos. — Sans vouloir atténuer la valeur des injections copieuses de liquides faiblement minéralisés, comme celles dont vient de parler M. Triollet, je crois qu'on peut obtenir des effets semblables et même supérieurs par l'emploi du liquide phosphato-chloruré de M. Chéron; les indications de l'une et de l'autre de ces méthodes sont sensiblement différentes; mais au point de vue de l'effet tonique, je crois que l'injection d'un liquide fortement minéralisé, à petites dose, doit être préféré.

M. Moutier. — Nous ne devons pas admettre que la tension sanguine puisse à elle seule donner la clef des beaux résultats enregistrés. N'oublions pas que l'excitation des terminaisons nerveuses vasculaires entre aussi en jeu. Pour ma part, j'ai obtenu par l'emploi des courants alternatifs de haute fréquence chez des personnes jeunes, réagissant bien, des effets absolument comparables à ceux des injections de sérum. Je crois donc fermement à l'influence dynamogénique du sérum sur les centres nerveux.

M. Verchère. — La question est très vaste, trop vaste pour être épuisée ainsi en une seule séance. Pour ce qui concerne la nature du liquide choisi, M. Chéron affirme qu'on obtient toujours un résultat avec des liquides de composition différente, pourvu qu'on le fasse pénétrer soit par injections intra-veineuses, soit par injections sous-cutanées: car de toute façon on augmente la tension artérielle et l'on donne par là même comme un coup de fouet à l'organisme. Dès lors, j'estime que pour obtenir cette tension bienfaisante, deux litres de sérum artificiel valent mieux que 60 grammes de sérum Chéron.

En outre, n'a-t-on pas rapporté souvent qu'une dose de 20 grammes de sérum Chéron pouvait déterminer chez des personnes nerveuses de l'excitation, une sorte d'ivresse? Cette complication toujours très facheuse doit nous rendre très réservés, très prudents.

M. Tripet. — Je dois à la vérité de reconnaître que le

sérum Chéron peut entraîner à sa suite une excitation assez vive. J'en ai été tout récemment témoin; mais ce n'est pas très fréquent et jamais il n'y a eu le moindre accident sérieux.

M. Chéron a constaté maintes fois, à la suite de ses injections, une hyperglobulie instantanée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mars 1898. — Présidence de M. P. Berger.

Psychoses opératoires. — M. Reynier. Les chirurgiens ne peuvent rester indifférents à cette question des troubles mentaux. J'ai pu réunir un certain nombre d'observations personnelles. L'opération ne fait jamais naître l'aliénation de toutes pièces. Toujours ces malades avaient eu une tare antérieure. Alcoolisme, épilepsie, hystérie existaient antérieurement. Le choc peut réveiller, susciter des accidents, mais ne les crée pas de toutes pièces. Chez les femmes âgées, opérées de prolapsus, il survient parfois du délire sénile, mais le prolapsus lui-même était un signe de déchéance sénile.

Il est une classe de malades plus intéressants pour les chirurgiens. Je veux parler des neurasthéniques, des nerveux atteints de folies et qui accusent des douleurs nullement en rapport avec les lésions ou même sans lésion. Ce sont ces lésions qui seules doivent guider le chirurgien et non les sensations douloureuses. Les grandes névralgies pelviennes sont des affections de cet ordre. Et souvent après l'intervention d'autres folies surviennent après une sédation momentanée.

Très nombreuses sont les malades qui, folles, viennent réclamer l'opération et folles persistent après l'opération. Je peux leur conseiller des petites opérations, colporraphie, curettage, etc., mais non les amputations d'organes. Il est légitime de supprimer la lésion qui est le point de départ de la phobie.

Superficiellement examinés, les faits semblent donner raison à la théorie qui veut que l'acte opératoire crée la folie, mais en réalité ce n'est qu'une occasion de réveil d'état antérieur.

M. Monod cite plusieurs observations. Malade opérée d'un double kyste du ligament large qui succomba au 8e jour avec délire et température élevée, chez laquelle on trouve des flots d'albumine dans l'urine.

Homme atteint de fracture compliquée, amputé et consécutivement atteint de délire.

Femme opérée d'hystérectomie totale qui fut ensuite atteinte de kleptomanie.

M. Segond. Quel est le facteur qualitatif de l'ablation des ovaires dans les psychoses post-opératoires ?

La frayeur opératoire, la suggestion venant de l'entourage, des médecins, jouent un rôle certain dans les troubles mentaux post-opératoires.

Si nous examinons nos statistiques en mettant de côté tous ces facteurs accessoires, nous trouvons pour moi 642 opérées ayant été hystérectomisées ou oophorectomisées. Sur ces 642 cas, je n'en ai eu que 4 avec folie réelle, 1 à Sainte-Anne, 2 avec mélancolie profonde et un 4e cas de kleptomanie, mais dont les vols antérieurs indiquaient nettement la prédisposition.

De même les 3 autres malades avaient eu des phénomènes qui permettaient de considérer ces malades comme déjà atteintes antérieurement à l'opération.

Corps fibreux pédiculé sphacélé de la lèvre du col. Prolapsus. Hystérectomie partielle. Guerison. — M. Lejars fait un rapport sur une observation de M. Buffet (d'Elbeuf) et ajoute deux observations de gros polypes sphacélés qu'il enleva par morcellement du vagin.

M. Routier a enlevé un polype chez une malade et chez une autre trouva une inversion utérine qui se termina par une hystérectomie vaginale.

Hysterectomie abdominale totale. — M. Quénu lit un mémoire sur ce sujet déjà souvent discuté.

Nouvelle technique du drainage de la cavité péritoneale — M. Delagenière (du Mans). F. Verchère.

VARIÉTÉS

Une brochure satirique contre le chirurgien Morand.

L'*individia medicorum* a longtemps passé pour *pessima*. Cette petite note montre comment elle s'exprimait quelquefois au dernier siècle, car ce n'est pas hier seulement que des coteries ou des personnalités ennemies ont échangé des coups de plume dans le sein même de la *très salubre* Faculté de Paris. Vers 1755, le célèbre Morand, docteur régent de ladite Ecole, ayant eu parfois maille à partir avec cette invidia, publia dans les mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie l'observation suivante : « Un affiquot (1) introduit dans le rectum. Il se présenta à l'hôpital de la Charité un homme âgé d'environ soixante ans, qui se plaignait d'avoir dans le fondement la canule d'une seringue à lavement qui y était entrée toute entière, et malheureusement restée. J'introduisis mon doigt dans le rectum, je sentis un corps étranger et j'eus recours pour le tirer à des tenettes pour la taille. Je n'avais point cru devoir prendre aucune précaution pour cette opération. L'homme incommodé était debout; j'introduis la tenette, et lorsque le sujet sentit que le corps étranger était saisi, il *acheva l'opération en fuyant subitement*, et nous laissant contempler un gros affiquot de buis long d'un demi-pied dont nous ne pûmes savoir l'histoire; celui qui venait d'en être délivré s'étant sauvé de l'hôpital sans nous la faire. » Bien que cette observation ne fut qu'un détail au milieu d'un copieux et bon mémoire, elle ne put échapper à la sagace malice de quelque rival de Morand. Pourquoi laisser passer une occasion, si légère fût-elle, de dauber tout doucement sur le collègue ? Une brochure plutôt aigrelette fut imprimée tout exprès, se donnant comme écrite à l'étranger et traduite seulement en français pour la plus grande confusion de M. Morand. Ce libelle intitulé : « *Dissertation chirurgicale* sur la position convenable à l'extraction des corps étrangers du fondement, *auctore Abrahamo Schwitz*, traduite par J.-B. Varnier, étudiant en chirurgie », moitié sérieux, moitié badin, s'attache à refuter point par point chaque détail de l'observation incriminée; il voudrait bien plaisanter jusqu'au bout, mais à chaque instant son fiel lui échappe, à l'en croire le pauvre docteur régent n'est qu'un bien vul-

(1) Etui en bois pour aiguilles à tricoter.

gaire fumiste. « Il a paru agréable, dit le prétendu Schwitz, de supposer contre toute vraisemblance qu'aucun des spectateurs n'a aidé le chirurgien, ne fut-ce que pour écarter les fesses et que l'homme s'est tenu seul et debout. Dans quelle attitude était donc l'opérateur ? Agenouillé derrière le malade il s'est contenté de saisir le corps étranger, et c'est le patient qui en s'enfuyant s'est désempalé et a été le principal opérateur. Il aurait fallu au moins supposer pour cet effet qu'il était courbé en devant.

« Mais ne suffit-il pas de représenter le chirurgien immobile, stupéfait, bouche béante en admiration de cette fuite imprévue ? Que n'a-t-on dit pour la commodité de l'évasion, que l'homme était venu sans culotte, et que l'opération a été faite sur le pas de la porte ! » Mais le soi-disant Schwitz devient méchant : « M. Morand n'a pas réfléchi à toutes ces circonstances, en mettant dans son mémoire un fait si déplacé, si peu instructif, et que la manière dont il est exposé rend ridicule de plat qu'il aurait été dans la réalité des choses. C'est ce qu'on se proposait de démontrer ». Et cela ne suffit pas encore à l'amertume du féroce Schwitz, il ne lâche pas encore son homme et pour le représenter mieux « immobile, stupéfait, etc. » il ajoute à sa brochure une gravure en taille douce où Morand à genoux recherche cet « affiquot » mal placé devant la porte de la Charité ; et au-dessus un calembour affreux mais plein d'à-propos : « *Erupit, effugit, evasit, Morandus erat* ».

F. Boissier.

Le Concours d'agrégation en médecine.

M. le prof. Arnozan, qui faisait partie du jury du dernier concours d'agrégation en médecine, vient de publier dans le dernier numéro du *Journal de Médecine de Bordeaux*, un article dans lequel il raconte ses impressions. Celles-ci nous paraissent fort justes et nous les reproduisons volontiers, en partie :

Les leçons faites par les candidats ont été la plupart intéressantes, quelques-unes tout à fait remarquables. En dehors de quelques défaillances inévitables et d'ailleurs très rares, les sujets ont été bien traités ; mais un trait général a frappé tous les membres du jury, c'est la grande érudition des concurrents au point de vue microbiologique, leur faiblesse relative pour ce qui touche à la pathologie générale, à l'anatomie pathologique et même à la clinique ; et ces qualités et ces défauts ont été surtout accentués chez les candidats parisiens.

Il y a dix ans environ, le ministre de l'Instruction publique a supprimé la thèse d'agrégation, supprimé la composition écrite sur un sujet d'anatomie générale et prescrit de permettre aux candidats de consulter des ouvrages pendant les trois heures de réflexion qui précèdent la leçon de trois quarts d'heure, leçon qui jusqu'alors devait être préparée sans livres ni notes. Enfin, il a institué l'épreuve des titres. Ces simples modifications, en apparence peu importantes, ont eu ce résultat immédiat que l'on ne prépare plus le concours d'agrégation et que nombre de candidats n'hésitent pas à l'aborder sans avoir des notions suffisantes de médecine générale. C'est, en effet, extrêmement simple : assurés d'avoir à leur disposition, pour toutes leurs épreuves, des ouvrages à consulter, ils ne se donnent pas la peine d'étudier et de savoir les sujets qui sont traités dans ces ouvrages, et réservent leurs efforts de mémoire pour les questions qui ne se trouvent pas dans le Dictionnaire Dechambre ou dans le Dictionnaire Jaccoud. Aussi ont-ils été fort désappointés quand le jury ne leur a concédé cette année que le Dictionnaire de Nysten. Débarrassés du souci de l'anatomie et de la physiologie générales, peu préoccupés de la clinique et de l'anatomie pathologique, aujourd'hui bien démodée, et qui pourtant a réservé à plus d'un de cruels mécomptes, ils n'ont qu'un objectif : la bactériologie, où ils excellent.

La bactériologie est donc un point culminant des études préalables des candidats à l'agrégation ; et c'est tout naturel, en raison de la prédominance qu'elle a prise légitimement dans les sciences médicales, et en raison aussi des prescriptions réglementaires qui leur permettent de négliger les autres branches de la médecine. Il y a aussi un autre motif : c'est l'épreuve des titres.

J'avais mal auguré d'elle ; je me figurais mal un candidat venant pendant une demi-heure exposer et vanter ses travaux. Mais, je l'avoue sans détours, mes prévisions étaient erronées : cette épreuve est fort intéressante et a une importance capitale. Mis en demeure de parler au public de ses propres œuvres, le candidat laisse spontanément de côté tout ce qui n'a pas une valeur réelle, observations isolées, statistiques, compilations, revues critiques ; il comprend tout de suite qu'il doit mettre en lumière les faits nouveaux dont la découverte lui appartient, et le succès est d'emblée à celui qui, par une série de travaux sur un même sujet clinique, expérimental ou microbiologiques, montre qu'il y a dans son œuvre une idée directrice à laquelle il est fidèle, tandis que celui qui ne peut porter à son actif que des observations, même bien prises, mais recueillies au hasard et sans suite, s'effondre au regard du précédent.

On conçoit combien la bactériologie est propice à ces recherches suivies dont nous parlons, et pourquoi elle tente ainsi tous les concurrents. Mais la nécessité d'avoir de beaux titres à exposer les détermine certainement à produire trop tôt et à commencer des publications médicales à un âge où ils devraient encore étudier les notions classiques. Cette fécondité obligatoire et prématurée a donc un contre-coup fâcheux sur les études de perfectionnement des candidats. L'histoire de la médecine est ignorée de beaucoup d'entre eux, même dans ses grandes lignes : ils ne se doutent pas que les découvertes microbiennes s'adaptent merveilleusement aux idées que professaient les anciens sur les infections et sur les virus, ils paraissent croire que la découverte de la médecine date de la fondation de l'Institut Pasteur. Toutes les fois qu'il faut remonter au-delà de cette date, il leur semble qu'on s'engage dans les ténèbres les plus épaisses ; ils citent encore Trousseau, mais avec une certaine timidité ; Cruveillier leur paraît presque préhistorique. Quant à Laënnec, on n'en parle plus parce que l'auscultation est un procédé d'exploration presque accessoire, et que toute la technique clinique se résume ou va bientôt se résumer dans l'examen chimique et bactériologique des excreta.

Le lien entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne est donc à peu près rompu. Il se brisera tout à fait si l'on ne prend, pour éviter ce malheur, les mesures nécessaires. En parlant ainsi, nous ne voulons en rien récriminer contre les admirables découvertes auxquelles

nous avons eu le bonheur d'assister depuis trente ans. Mais à mesure que la science médicale s'enrichit avec tant de rapidité sur le terrain des parasites, ce n'est pas une raison pour perdre de vue les conquêtes plus anciennes faites par la clinique, par la physiologie, par l'anatomie. Il ne faudrait pas s'exposer à méconnaître le labeur accumulé par les générations qui nous ont précédés et à oublier les vieilles pathologies au point d'avoir besoin de les redécouvrir dans quelques années. Aussi nous nous sommes associé avec grand plaisir à nos collègues du jury, qui dans la dernière séance ont prié M. le président Bouchard de transmettre à M. le ministre de l'Instruction publique certains vœux relatifs au concours de l'agrégation. C'est ainsi qu'on a demandé le rétablissement d'une épreuve portant sur l'anatomie et la physiologie générales; le développement de l'épreuve d'anatomie pathologique, qui serait jointe aux épreuves d'admissibilité, au lieu d'être renvoyée comme elle l'est actuellement à la fin du concours; enfin la suppression de tout document pendant la préparation de la leçon de trois quarts d'heure. Il est à espérer que ces très simples modifications changeront un peu l'orientation de l'esprit des candidats et les amèneront à des études plus fécondes de médecine générale.

La patente des médecins.

Tous les médecins reçoivent journellement et gratuitement un certain nombre de journaux ou pseudo-journaux de médecine, sortes de prospectus réguliers et décents publiés dans l'unique but de faire connaître quelque produit pharmaceutique et qui d'emblée se dirigent vers un lieu de retraite qu'ils connaissent bien, le panier à papiers. On aurait tort cependant d'être sévère et même trop dédaigneux pour ces francs-tireurs du journalisme. — D'aucuns sont très bien faits et même entraînent parfois pour le pharmacien qui les lance des frais considérables; d'autres ont au moins pour eux de contenir des idées originales ou bizarres. Ainsi un docteur de Saravel, auquel sa modestie ne permet pas de laisser traîner son nom dans les annuaires médicaux, où du moins nous n'avons pu le trouver, propose tout simplement ceci :

« Tout médecin, voulant se livrer à l'exercice de sa profession, est tenu de déposer son diplôme au greffe du tribunal et à la préfecture; pourquoi cette formalité accomplie ne délivrerait-on pas à ce médecin une carte d'identité revêtue de sa signature et de sa photographie, au moyen de laquelle il pourrait se procurer un papier timbré spécial qui lui servirait pour écrire ses ordonnances?

Cela n'a l'air de rien à première vue, et cependant il suffit de réfléchir quelque peu pour se rendre compte des conséquences importantes de cette simple réforme.

1° Tout d'abord le médecin seul aura le droit de faire des ordonnances, et ce droit s'affirmera d'une façon évidente, facile à contrôler parce que seul il aura le papier indispensable pour les écrire.

Par suite, les pharmaciens ne devront exécuter que les ordonnances rédigées sur le papier timbré spécial, et ce, sous peine des poursuites légales.

Les personnes qui actuellement exercent illégalement la médecine, voient des malades, rédigent des ordonnances signées d'une façon plus ou moins lisible, ne pourraient plus se livrer à ce genre d'industrie.

Les malades qui, en consultant ces industriels, croient se trouver en présence d'un véritable médecin, n'auraient qu'à jeter un coup d'œil sur leur ordonnance pour être aussitôt détrompés et n'y plus retourner;

2° Par le même moyen on peut enrayer la morphinomanie. Les personnes qui désirent se procurer de la morphine le peuvent facilement aujourd'hui avec un peu d'aplomb et d'habitude; il leur suffit de se présenter chez un pharmacien avec une ordonnance où les quantités médicamenteuses sont nettement et correctement écrites, l'ordonnance signée d'un nom illisible précédé du titre de Docteur; le pharmacien s'enquiert du nom du médecin, on en dit un au hasard en ajoutant que l'ordonnance a été faite par ce médecin qui n'habite pas la ville où l'on se trouve, et, neuf fois sur dix, le pharmacien voyant la dose exacte délivre le produit demandé.

Avec une ordonnance sur papier timbré et la signature lisiblement écrite, plus rien de semblable; l'ordonnance, naturellement, ne devrait pouvoir servir qu'une fois;

3° Le papier timbré sur lequel serait écrite la prescription pourrait porter un timbre différent, selon le coût de l'ordonnance, timbre de 0,03 cent. pour 3 francs, par exemple, 0.05 cent. pour 5 francs et ainsi de suite. De cette manière, les médecins qui font payer chèrement leurs soins rapporteraient davantage à l'Etat, ce qui ne serait que justice;

4° Le médecin n'aurait dès lors pas de discussion avec son client; celui-ci, sur le vu de l'ordonnance, saurait de suite le prix qu'il devrait donner ;

5° Enfin, si l'on réfléchit au nombre très considérable d'ordonnances qui sont signées chaque jour par tous les médecins de France, on voit que le trésor public trouverait là un revenu suffisant pour dégrever le corps médical de l'impôt de la patente, sans porter atteinte aux intérêts du fisc.

Supprimer une forme inique de contribution pour instituer à la place un impôt qui ne serait perçu qu'autant que le médecin travaillerait, et d'autant plus qu'il travaillerait davantage et gagnerait de même, ne serait-ce pas là un résultat qui mérite attention à notre idée; dans tous les cas, nos confrères nous excuseront d'insister en faveur de l'intention ».

Eh bien! l'idée n'est pas bête du tout; l'application n'en irait peut-être pas toute seule, au moins au début; il est si difficile de faire adopter les réformes les plus légitimes! Il y aurait bien des points à discuter : les ordonnances pour les sociétés de secours mutuels, pour les cliniques, pour les indigents. On pourrait dans ces cas accepter des abonnements. Voilà du travail pour nos futurs législateurs et, après le départ de la Chambre que nous allons avoir le bonheur de perdre, si quelque médecin nouvellement élu veut jeter sa gourme en s'attelant à ce programme, cela lui fera de la besogne toute trouvée.

A. CHEVALLEREAU.

NOUVELLES

Distinctions universitaires. — Sont nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — M. le docteur Wilhem, médecin de la manufacture des Gobelins. — M. le Dr MÉNARD, de Vitry-le-François. — M. le Dr MAURANGE (Gabriel) de Paris.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Lelong, conseiller municipal à Chartres, médecin du collège des jeunes filles et de l'école normale des instituteurs, et Rossi, médecin inspecteur des écoles, à Marseille.

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour deux places de prosecteurs s'ouvrira le mardi 24 mai 1898, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. — MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. — Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 14 mai inclusivement. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1898; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1902.

— Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mardi 10 mai 1898, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 30 avril inclusivement. — Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1898; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1901.

— Les vacances de la Faculté commenceront le 3 avril et dureront jusqu'au 17.

— Le Président de la République a visité mardi la Faculté de médecine. Il est resté une demie heure au cours de M. Hutinel qui traitait de la diphthérie, puis il a visité la Bibliothèque, s'est rendu dans les appartements du doyen, a assisté à la fin du cours de M. Proust et a quitté la Faculté après y être resté une heure un quart.

— M. le Dr Rieffel est nommé chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris.

Corps de santé militaire. — La Chambre des députés, dans sa séance du 22 mars 1898, a adopté, d'urgence et sans discussion, le projet de loi suivant relatif aux médecins et pharmaciens militaires :

Article premier. — Le cadre des médecins et des pharmaciens militaires est fixé conformément aux tableaux A et B annexés à la présente loi.

Tableau A. — Cadre du corps des médecins militaires : médecin-inspecteur général, 1 ; médecins-inspecteurs, 11 ; médecins principaux de première classe, 45 ; médecins principaux de deuxième classe, 60 ; médecins-majors de première classe, 340 ; médecins-majors de deuxième classe, 500 ; médecins aides-majors de première classe, 400 ; médecins aides-majors de deuxième classe, 100, dont 50 aides-majors stagiaires à l'École d'application du Val-de-Grâce. — Total : 1.457.

Tableau B. — Cadre du corps des pharmaciens militaires : pharmacien-inspecteur, 1 ; pharmaciens principaux de première classe, 4 ; pharmaciens principaux de deuxième classe 5 ; pharmaciens-majors de première classe, 30 ; pharmaciens majors de deuxième classe, 45 ; pharmaciens aides-majors de première classe, 20 ; pharmaciens aides-majors de deuxième classe, 10. — Total : 115.

Art. 2. — Les élèves de l'École d'application du service de santé (Val-de-Grâce) ont, lorsqu'ils proviennent de l'école du service de santé militaire de Lyon, le grade de médecin aide-major de deuxième classe.

Art. 3. — A l'avenir, le nombre des médecins dans les régiments d'artillerie et du génie sera de 3, savoir : 1 médecin-major de première classe ; 1 médecin-major de deuxième classe ; 1 médecin aide-major de première ou de deuxième classe.

Dans les escadrons du train, le service de santé sera confié à un médecin-major de deuxième classe.

Art. 4. — Des décrets et des règlements ministériels pourvoiront à la complète exécution des dispositions contenues dans la présente loi.

Art. 5 — Sont abrogées toutes les dispositions des lois, ordonnances, décrets et règlements contraires à la présente loi.

Hôpital civil de Mustapha. — Un concours, pour une place de professeur suppléant aux chaires de pathologie et de clinique médicales de l'hôpital civil de Mustapha s'ouvrira le 28 avril prochain devant la Faculté de médecine de Montpellier.

Hospice de Brevannes. — Le jury du concours pour la place de médecin résidant à l'hospice de Brévannes est définitivement constitué de la manière suivante : M. OEttinger, Roques, Toupet, Delens et Rieffel.

Hôpital des tuberculeux d'Angicourt. — Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 25 mars, a approuvé les plans et devis relatifs à l'achèvement du premier pavillon de l'hôpital des phtisiques d'Angicourt, et a voté un crédit de 500.000 francs pour couvrir ces travaux.

Médecins sénateurs. — Le Dr Lucien Guillemaut, député radical de l'arrondissement de Louhans, a été élu dimanche dernier sénateur de Saône-et-Loire à une grande majorité.

Médecin commissaire de police. — Par décret de M. le président de la République en date du 9 mars courant, M. Charon (Lucien-Ernest), ex-interne des hôpitaux de Paris, est nommé commissaire de police inspecteur des Etablissements classés dans le département de la Seine, en remplacement de M. Gérardin, qui a cessé son service.

Par arrêté en date du 23 mars courant de M. le Préfet de Police, l'entrée en fonctions de M. Charon est fixée au 25 mars courant.

Congrès international de médecine de 1900. — M. le prof. Lannelongue, président du Congrès international de médecine qui se réunira à Paris en 1900, et M. Chauffard, secrétaire général, ont été reçus par le président de la République, qu'ils étaient venus prier de présider la séance d'ouverture de ce Congrès. M. Félix Faure a accepté.

Banquet de l'Internat. — Le Banquet annuel de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 30 avril prochain à 7 heures 1/2 dans la salle des Fêtes, 9, avenue Hoche. Il sera présidé par M. le prof. Caubet (de Toulouse).

Nécrologie. — Le Dr Aristide Lacaille, rue Crozatier, à Paris, décédé le 23 mars à l'âge de 44 ans. — Le Dr Lebled, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, reçu en 1848, décédé le 24 mars, à l'âge de 82 ans.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*